

ZAHTJEV ZA PODACIMA O INTERVENCIJI

Podnositelj zahtjeva (ime i prezime / naziv):	
Adresa / sjedište:	
Kontakt telefon/e-pošta:	
OIB:	
Srodstvo s pacijentom:	

Molim Naslov da mi izda potvrdu – podatke o intervenciji za:

Pacijent:	
Adresa pacijenta:	
Datum intervencije:	
Vrijeme intervencije:	
Mjesto intervencije:	
Vrsta intervencije (zaokružiti):	<input type="checkbox"/> liječnička <input type="checkbox"/> sanitetski prijevoz
Potvrda mi je potrebna u svrhu (zaokružiti):	<input type="checkbox"/> naknade štete <input type="checkbox"/> dokaza ozljede na radu <input type="checkbox"/> drugi razlog (navesti koji): _____

PRIVOLA

Izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se od dana davanja ove privole moji osobni podaci prikupljaju, obrađuju, objavljuju u elektroničkom obliku ili manualno te čuvaju u skladu s Politikom zaštite osobnih podataka u Nastavnom zavodu za hitnu medicinu Grada Zagreba.

Privola je pravovaljana počevši od datuma njezinog davanja te ju je moguće povući u svakom trenutku.

Povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade na temelju privole prije njezina povlačenja.

Zavod omogućuje svakom ispitaniku da u bilo koje doba može na jednostavan način povući privolu - kontaktiranjem Zavoda i bez potrebe zadovoljavanja strogo propisane forme ili sadržaja izjave o povlačenju privole, ali uz potrebu osiguranja pisanog dokaza o povlačenju.

PRIVOLA ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Ovime dajem svoj pristanak da Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba prikuplja i obrađuje osobne podatke koje sam im otkrio.

DA

NE

IZRIČITA PRIVOLA ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Za posebne kategorije osobnih podataka ovime dajem svoj pristanak da Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba prikuplja i obrađuje osobne podatke koje sam im otkrio:

DA

NE

(mjesto i datum)

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

Napomena:

1. Podaci o intervenciji daju se sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o zaštiti prava pacijenata i Zakonu o zaštiti osobnih podataka.
1. Odvjetnicima se potvrda izdaje samo na temelju priložene punomoći pacijenta.
2. Na temelju Cjeniku usluga, prije primitka ovog zahtjeva, podnositelj zahtjeva mora uplatiti iznos od 6,64 eura /50,00 kn na blagajni Zavoda ili na žiro račun Zavoda IBAN: HR5624020061100961533
3. Ovaj zahtjev može se uputiti osobno ili faksom na broj 6302894 ili na e-mail: hitna@hitnazg.hr